

国立大学法人
岐阜大学医学部附属病院 殿

委任状

年 月 日

(患者住所) _____

(患者氏名・自書) _____ 印

私は、次の者を代理人と定め、証明書・診断書の(申請・受取)を
委任します。

(委任する項目に丸を付けてください。)

(代理人の住所・電話番号)

住 所 _____

電話番号 _____ () _____

氏 名 _____

患者本人との関係 _____

※代理人の方の記載内容を証明できる身分証明書が必要です。